

## بررسی تأثیر آرامسازی بر میزان اضطراب بیماران تحت عمل جراحی قلب، بستری در بیمارستان قلب شهید رجایی تهران

حسین ابراهیمی\*، شکراله رنجبر\*\*، زهرا منجمد\*\*\*

### چکیده:

اضطراب دارای سابقه‌ای به قدمت حیات انسان است. عمل جراحی، به خصوص جراحی قلب، نوعی تهدید سلامتی است. بیماران کاندید جراحی قلب مستعد نگرانی و اضطراب می‌باشند، لذا تأمین سلامتی و کاهش اضطراب آنان امری واجب و ضروری است. پژوهش حاضر یک کار آزمایشی بالینی است که بر روی ۱۰۵ نفر (در دو گروه آزمون و شاهد) از بیماران کاندید جراحی قلب و به منظور بررسی تأثیر آرامسازی بر میزان اضطراب بیماران تحت عمل جراحی قلب بستری در بیمارستان قلب شهید رجایی تهران انجام گرفته است. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه، اسفیگمومانومتر، استنوسکوپ و ترمومتر بود. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی (فراوانی مطلق و نسبی) و آمار استنباطی (آزمون آماری  $\chi^2$  و t-test) استفاده گردید. نتایج تحقیق نشان داد با بکارگیری آرامسازی، میزان اضطراب آشکار و پنهان واحدهای پژوهش در گروه آزمون کاهش معنی‌داری یافت در حالی که میزان اضطراب آشکار واحدهای پژوهش در گروه شاهد در روز قبل از عمل نسبت به بدو پذیرش افزایش قابل توجهی داشته است. همچنین با بکارگیری آرامسازی در گروه آزمایش مقادیر علائم حیاتی بیماران شامل فشار خون سیستولیک، فشار خون دیاستولیک، نبض، تعداد تنفس و درجه حرارت در روز قبل از عمل نسبت به بدو پذیرش بطور معنی‌داری کاهش یافت در حالی که در گروه شاهد این مقادیر شامل فشار خون سیستولیک، فشار خون دیاستولیک، نبض، تعداد تنفس و درجه حرارت در روز قبل از عمل نسبت به بدو پذیرش افزایش معنی‌داری داشته است. همچنین با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش با بکارگیری آرامسازی در گروه آزمون پس از عمل میزان داروی ضد درد کمتری مصرف شده است و تعداد بیمارانی که در این گروه از داروی ضد درد استفاده کرده‌اند، نسبت به گروه شاهد کمتر بوده است. با عنایت به نتایج حاصله، اهمیت نقش پرستاران در کاستن اضطراب در بیماران تحت عمل جراحی قلب با بکارگیری تدابیر مختلف مشخص می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: آرامسازی، اضطراب، جراحی قلب.

### مقدمه:

مواجهه با ترس و اضطراب دارای سابقه‌ای به قدمت تاریخ حیات انسان است که گرچه از دوران قدیم مورد بررسی قرار گرفته، لیکن تا قبل از شروع قرن حاضر توجه لازم به اضطراب معمول نشده بود (۱۹) شناخت و

\* عضو هیأت علمی گروه پرستاری - دانشگاه علوم پزشکی شهروود

\*\* گروه پرستاری بیمارستان شرکت نفت: تهران- بیمارستان شرکت نفت - معاونت پشتیبانی بیمارستان شرکت نفت - تلفن: ۰۲۱-۶۷۰۰۰۲۱ (مؤلف مسئول).

\*\*\* عضو هیأت علمی گروه پرستاری تهران.

تعیین سطح اضطراب می‌تواند کمک شایانی را در جهت خدمات پزشکی و بالینی ارائه نماید. آگاهی از محتوای اضطراب دورنمای مناسبی را برای بیمار و پزشک فراهم می‌سازد (۶). تقریباً مثل سایر اجزای شخصیت، در اضطراب نیز تفاوت‌هایی وجود دارد. برخی افراد فقط در بعضی مواقع اضطراب دارند، در حالی که بعضی دیگر در اکثر اوقات مضطرب می‌باشند. این نوع مشاهدات روانشناسان را بر آن داشته است که بین دو نوع اضطراب آشکار (موقعیتی) و اضطراب پنهان (خصیصه‌ای) تفاوت قایل شوند (۲). اضطراب آشکار یک وضعیت ناپایدار و زودگذر است که هم از نظر شدت و هم از نظر نوسان در زمانهای مختلف متفاوت است (۱۹). اضطراب پنهان به عنوان خصوصیت دیرپای فرد خوانده می‌شود. همانند سایر صفات، این ویژگی هم از فردی به فرد دیگر متفاوت است. کسانی که دارای سطح بالایی از این نوع اضطراب هستند، اغلب اوقات در حال اضطراب بسر می‌برند (۲).

عمل جراحی یکی از اضطراب‌انگیزترین وقایعی است که ممکن است در طول زندگی هر فرد اتفاق افتد (۱۷). اختلالات اضطرابی در ۱۴ درصد بیماران قلبی و ۲۲ درصد بیماران کاندید عمل جراحی مشاهده شده است (۵). وجود اضطراب در اعمال جراحی از هر نوع، غیر قابل انکار است. در اعمال جراحی قلب با توجه به خطرات، عوارض و پیش‌آگهی آن، اضطراب در سطح وسیع‌تری خود را نشان داده و حتی گاهی بیمار را مغلوب خود می‌نماید (۹). هنگامی که سلامتی انسان مورد تهدید قرار می‌گیرد، خواه این تهدید واقعی و یا کاذب باشد، تنیدگی بروز می‌کند. این تنش در عملکرد فیزیکی و روانی فرد مشخص می‌شود (۴). اضطراب و دلهره سبب افزایش تعداد ضربان قلب، تنفس و بالا رفتن فشار خون می‌شود و مکانیسمهای تولید حرارت در بدن را فعال می‌نماید و حتی می‌تواند منجر به مرگ شود، لذا بایستی اقداماتی در جهت شناخت و کاهش میزان

اضطراب به عمل آید (۷، ۱۰). اضطراب علایم مختلفی دارد. از آن جمله می‌توان به تحریک پذیری، بیقراری، بی‌خوابی، اشتغال فکر، جویدن ناخن، بی‌اشتهایی و یا پرخوری و کشیدن سیگار اشاره کرد (۱۳). از آنجا که عمل جراحی، به خصوص جراحی قلب نوعی تهدید سلامتی است. بیماران کاندید جراحی قلب مستعد نگرانی و اضطراب می‌باشند، لذا تأمین سلامتی و کاهش اضطراب آنان امری واجب و ضروری است (۹). برای کم کردن اضطراب از روشهای مختلفی مانند دارو درمانی، روان درمانی، روشهای رفتاری، بیوفیدبک و آرامسازی استفاده می‌شود (۱۸). امروزه بهترین روش کم کردن اضطراب بیماران دارو درمانی نیست. سه نوع اقدام پرستاری در کاهش اضطراب بیماران تحت عمل جراحی مؤثر است که عبارتند از: ۱- آموزش به بیمار و شناساندن نکات اضطراب آور قبل از عمل. ۲- استفاده از روشهای آرامسازی. ۳- موزیک درمانی (۱۲). نتایج مطالعه Welz (۱۹۸۲) روی بیماران تحت عمل جراحی کله‌سیستوکتومی نشان داد که آرامسازی سبب کاهش درد ناحیه عمل در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد بوده است (۲۰). Buhachic (۱۹۸۴) روش آرامسازی را برای بیماران مبتلا به سکنه قلبی که دوره باز توانی خود را می‌گذراندند، انجام داد. نتایج پژوهش مبین آن بود که میانگین اضطراب در گروه درمان بعد از آرامسازی به صورت معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بوده است (۸). Gift (۱۹۹۲) تأثیر آرامسازی بر میزان اضطراب، تنگی نفس و انسداد راههای هوایی در بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن انسدادی ریه را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان دهنده آن است که پس از آرامسازی اضطراب، تنگی نفس و انسداد راه هوایی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش معنی‌داری داشته است (۱۳). با توجه به تأثیر آرامسازی بر کاهش اضطراب بیماران در اعمال جراحی مختلف و عدم انجام تحقیقات مشابه در مورد بیمارانی که تحت عمل جراحی قلب قرار

می‌گرفتند، محققین بر آن شدند تا تحقیق حاضر را تحت عنوان بررسی تأثیر آرامسازی بر میزان اضطراب بیماران تحت عمل جراحی قلب بستری در بیمارستان قلب شهید رجایی تهران انجام دهند.

### مواد و روشها:

این مطالعه یک کار آزمایی بالینی است. در این تحقیق واحدهای پژوهش به بیماران کاندید عمل جراحی قلب اطلاق گردید که سن آنها ۱۵ سال یا بیشتر بود، برای اولین بار تحت عمل جراحی قلب قرار می‌گرفتند، هیچ مشکل اندوکراین یا متابولیک و نیز سابقه فشار خون یا آریتمی قلبی نداشتند، حداقل دارای سواد خواندن و نوشتن بودند، هنگام جمع‌آوری اطلاعات هیچگونه دردی که موجب تشدید اضطراب آنها شود نداشته و به دلایل ارگانیکی نیز تب نداشتند و بیمارانی که فاقد شرایط مذکور بودند جزء نمونه‌های مطالعه قرار نمی‌گرفتند.

روش نمونه‌گیری تصادفی بوده و ۱۰۵ نمونه انتخاب شده به طور تصادفی در یکی از گروههای آزمون (۵۵ نفر) و یا شاهد (۵۰ نفر) قرار گرفتند.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه، اسفینگومانومتر، استتوسکوپ و ترمومتر بود. پرسشنامه مشتمل بر پنج بخش بود: بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، محل سکونت، میزان درآمد ماهانه خانواده، شغل و نوع پذیرش)، بخش دوم شامل اطلاعات مربوط به بیماری (سابقه بستری، سابقه عمل جراحی، مدت بستری قبل از عمل، سابقه بیماری فعلی و نوع عمل جراحی)، بخش سوم شامل پرسشنامه استاندارد اسپیلبرگر (۱۹)، بخش چهارم چک لیست مربوط به اندازه‌گیری علایم حیاتی (فشار خون سیستولیک، فشار خون دیاستولیک، نبض، تعداد تنفس و درجه حرارت بدن) و بخش پنجم شامل سؤالات مربوط به میزان

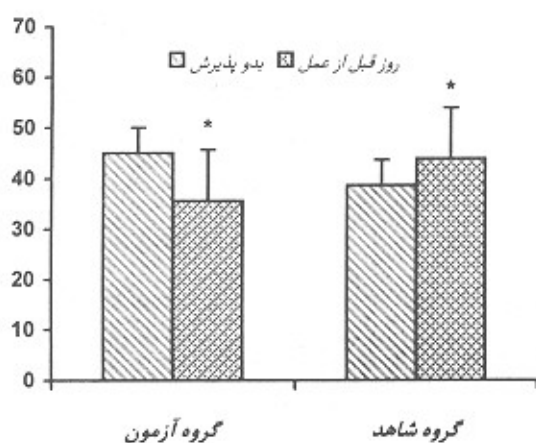
مصرف داروی ضد درد بعد از عمل جراحی بود. پرسشنامه استاندارد اسپیلبرگر خود از دو قسمت تشکیل می‌گردد. قسمت اول پرسشنامه، اضطراب آشکار واحدهای مورد پژوهش را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و شامل بیست سؤال می‌باشد که در آن احساس فعلی افراد مورد بررسی قرار می‌گیرد. قسمت دوم این

پرسشنامه اضطراب پنهان واحدهای پژوهش را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این قسمت نیز دارای بیست سؤال می‌باشد که در آن احساس معمولی افراد (احساس فرد در اغلب اوقات) مورد بررسی قرار گرفته است. از تمام نمونه‌ها در بدو پذیرش در بخش، اطلاعات دموگرافیک و بیماری جمع‌آوری شده و به پرسشنامه اسپیلبرگر توسط بیماران پاسخ داده شد. علایم حیاتی آنان نیز اندازه‌گیری گردید. روز قبل از عمل واحدهای مورد پژوهش مجدداً به پرسشنامه اسپیلبرگر پاسخ دادند و علایم حیاتی آنان نیز اندازه‌گیری شد. گروه آزمون در فاصله روز پذیرش تا روز قبل از عمل جراحی روزانه دو بار و هر بار به مدت بیست دقیقه در محیطی آرام با استفاده از ضبط صوت به تمرین آرامسازی می‌پرداختند، در حالی که در این مدت گروه شاهد هیچگونه آموزش و تمرینی در باره آرامسازی نداشتند. آرامسازی عبارتست از انجام اعمالی که به طور خلاصه شامل موارد زیر است: آرام دراز کشیدن روی تخت در حالی که وسایل اضافی مثل عینک و ساعت همراه بیمار نباشد، بستن چشمها و تجسم تجارب خوشایند، شل کردن عضلات دستها از بازو به طرف انگشتان (اول دست راست و سپس دست چپ)، شل کردن عضلات پشت و شکم همراه با کشیدن نفس عمیق و شل کردن عضلات پاها مشابه دستها می‌باشد (۱۰) در ۲۴ ساعت اول پس از عمل جراحی میزان داروی ضد درد دریافتی توسط پرستاران بخش مراقبتهای ویژه (ICU) قلب در چارت مخصوص یادداشت گردید.

با توجه به پرسشنامه برای آنالیز اطلاعات از روش

گروه آزمون و ۶۶ درصد در گروه شاهد سابقه عمل جراحی قبلی نداشتند حداقل مدت بستری واحدهای پژوهش قبل از عمل ۲ روز، حداکثر ۲۰ روز و به طور متوسط در گروه آزمون ۷/۳۳ روز و در گروه شاهد ۸ روز بود. همچنین بیشترین فراوانی از نظر نوع عمل جراحی مربوط به اعمال جراحی ترمیمی قلب و سپس (Coronary Artery Bypass Graft = CABG) بود. آزمون آماری  $X^2$  تفاوت معنی داری بین دو گروه آزمون و شاهد از نظر سابقه بستری، سابقه عمل جراحی، مدت بستری قبل از عمل و نوع عمل جراحی را نشان نمی دهد. به عبارت دیگر دو گروه آزمون و شاهد همگن بودند.

نتایج تحقیق بیانگر آن است که بین میانگین اضطراب آشکار دو گروه آزمون و شاهد و اضطراب پنهان گروه آزمون در بدو پذیرش با روز قبل از عمل تفاوت معنی داری وجود دارد، به طوری که میزان اضطراب آشکار ( $t=10.10$ ,  $P<0/001$ ) و پنهان ( $t=6.99$ ,  $P<0/001$ ) بیماران گروه آزمون در روز قبل



**نمودار شماره ۱:** میانگین اضطراب آشکار و آشکار واحدهای مورد پژوهش. میانگین اضطراب آشکار در بیماران به دنبال آرامسازی در روز قبل از عمل نسبت به بدو پذیرش کاهش چشمگیری یافت. در حالی که میانگین اضطراب آشکار در بیمارانی که تحت آرامسازی قرار نگرفته اند، در روز قبل از عمل نسبت به بدو پذیرش افزایش یافت ( $P<0/05$ ).

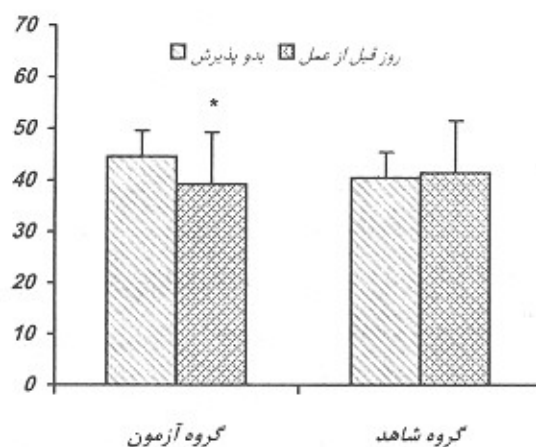
آمار توصیفی و تحلیلی استفاده گردید. در بخشهایی از پرسشنامه که مربوط به اطلاعات دموگرافیک و بیماری بود، از آمار توصیفی به شکل فراوانی، فراوانی مطلق و فراوانی نسبی استفاده شد. در سایر بخشهای پرسشنامه که مربوط به اندازه گیری میزان اضطراب، علایم حیاتی و میزان مصرف داروی ضد درد پس از عمل جراحی بود، از آزمونهای آماری  $X^2$  و Paired t-test استفاده گردید.

## نتایج:

نتایج این تحقیق نشان دهنده آن است که اکثریت واحدهای پژوهش در گروه آزمون (۶۰٪) و گروه شاهد (۵۶٪) مؤنث بوده و بیشترین فراوانی در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال (گروه آزمون ۲۷/۳٪ و گروه شاهد ۴۰٪) بود. همچنین اغلب واحدهای پژوهش (۹۵/۷٪ در گروه آزمون و ۶۴/۵٪ در گروه شاهد) متأهل بودند. به علاوه ۵۶/۴ درصد افراد در گروه آزمون و ۴۲ درصد افراد در گروه شاهد ساکن تهران بودند. از نظر میزان تحصیلات اکثر واحدهای پژوهش در گروه آزمون (۶۱/۸٪) و در گروه شاهد (۶۶٪) دارای تحصیلات متوسطه بودند و تعداد اندکی از آنها تحصیلات عالی داشتند. بیشترین فراوانی واحدهای پژوهش در گروه شغلی کارمند و کمترین فراوانی مربوط به گروه شغلی کارگر بود. ضمناً درآمد ماهیانه اغلب واحدهای مورد پژوهش متوسط و کمتر از آن بود. به علاوه اکثریت واحدهای پژوهش در گروه آزمون (۸۸٪) و شاهد (۸۵/۵٪) بیمه بودند. آزمون آماری  $X^2$  تفاوت معنی داری بین دو گروه آزمون و شاهد از نظر جنس، سن، وضعیت تأهل، محل سکونت، میزان تحصیلات، نوع شغل، میزان درآمد ماهیانه و نوع پذیرش را نشان نمی دهد، به عبارت دیگر دو گروه آزمون و شاهد همگن بودند. نتایج حاصله در مورد خصوصیات بیماری نشان داد اکثریت واحدهای پژوهش در گروه آزمون (۷۰/۹۵٪) و شاهد (۶۶٪) سابقه بستری شدن در بیمارستان داشتند ولی اغلب آنها ۷۲/۷۵ درصد در

حالی که اضطراب پنهان در دو گروه آزمون به طور معنی داری ( $t=1/99$ ,  $P<0/001$ ) نسبت به بدو پذیرش کاهش داشت. ضمناً آزمون آماری t-Student اختلاف معنی داری بین میانگین تغییرات اضطراب آشکار در دو گروه را نشان داد، در حالی که بین میانگین تغییرات اضطراب پنهان دو گروه با آزمون آماری t-Student اختلاف معنی داری مشاهده نگردید (نمودار شماره ۱ و ۲) آزمون  $X^2$  نشان داد که بین میزان اضطراب آشکار واحدهای مورد پژوهش با مشخصات دموگرافیک شامل جنس، محل سکونت، میزان تحصیلات، نوع شغل، میزان درآمد ماهیانه و نوع پذیرش و خصوصیات بیماری آنها شامل سابقه بستری، سابقه عمل جراحی، مدت بستری قبل از عمل و نوع عمل جراحی ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد در حالی که بین میزان اضطراب آشکار واحدهای مورد پژوهش با متغیرهای سن ( $X^2=15.48$ ,  $P<0/016$ ) و وضعیت تأهل ( $X^2=7.56$ ,  $P<0/05$ ) ارتباط معنی داری مشاهده گردید.

سایر یافته‌ها نشان می‌دهد که بین میانگین مقادیر علائم حیاتی واحدهای پژوهش در بدو پذیرش با روز



**نمودار شماره ۲:** میانگین اضطراب پنهان واحدهای مورد پژوهش، به دنبال آرامسازی میانگین اضطراب پنهان بیماران در روز قبل از عمل نسبت به بدو پذیرش کاهش یافت ( $P<0/05$ ).

از عمل نسبت به بدو پذیرش کاهش چشمگیری داشته، در حالی که در گروه شاهد میزان اضطراب آشکار در روز قبل از عمل نسبت به بدو پذیرش افزایش قابل توجهی داشت ( $t=5.69$ ,  $P<0/001$ ). همچنین میزان اضطراب پنهان گروه شاهد نسبت به بدو پذیرش افزایش داشت ولی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود در

**جدول شماره ۱:** میانگین میزان علائم حیاتی بیماران در بدو پذیرش و روز قبل از عمل در گروه آزمون

زمان کنترل علائم حیاتی	گروه آزمون		گروه شاهد	
	روز قبل از عمل (بعد از آرامسازی)	بدو پذیرش حافظه (قبل از آرامسازی)	روز قبل از عمل	بدو پذیرش
فشار خون سیستولیک (میلیمتر جیوه)	۱۳۳	۱۲۳/۴	۱۲۶/۸	۱۲۰/۹۰
فشار خون دیاستولیک (میلیمتر جیوه)	۶۶/۳۶	۷۳/۳۶	۷۷/۱۰	۷۲/۷۰
نبض (در دقیقه)	۷۴/۶۵	۷۹/۷۸	۸۱/۰۴	۷۶/۲۶
تنفس (در دقیقه)	۱۸/۵۸	۲۰/۸۷	۲۱/۷۶	۱۹/۴۷
درجه حرارت (سانتیگراد)	۳۶/۵۹	۳۶/۸۲	۳۶/۷۹	۳۶/۶۳

به دنبال آرامسازی میانگین مقادیر علائم حیاتی شامل فشار خون سیستولیک، فشار خون دیاستولیک، تعداد نبض، تعداد تنفس و میزان درجه حرارت بدن در روز قبل از عمل نسبت به بدو پذیرش کاهش یافت. در حالی که مقادیر مذکور در بیمارانی که تحت آرامسازی قرار نگرفتند، افزایش یافت ( $P<0/001$ ).

قبل از عمل، از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود دارد، بدین ترتیب که در گروه آزمون میانگین میزان فشار خون سیستولیک ( $t=3.945, P<0/001$ ) فشار خون دیاستولیک ( $t=6.562, P<0/001$ ) نبض ( $t=10.022, P<0/001$ ) تعداد تنفس ( $t=8.799, P<0/001$ ) و درجه حرارت ( $t=6.283, P<0/001$ ) در روز قبل از عمل نسبت به بدو پذیرش به طور معنی داری کاهش یافت در حالی که در گروه شاهد این مقادیر شامل فشار خون سیستولیک ( $t=3.662, P<0/001$ ) فشار خون دیاستولیک ( $t=3.772, P<0.001$ ) نبض ( $t=5.530, P<0/001$ ) تعداد تنفس ( $t=6.817, P<0/001$ ) و درجه حرارت ( $t=3.889, P<0/001$ ) در روز قبل از عمل نسبت به بدو پذیرش افزایش معنی داری داشته است (جدول شماره ۱) نتایج پژوهش نشان دهنده آن است که میزان مصرف مسکن در ۲۴ ساعت اول پس از عمل جراحی در گروه آزمون کمتر از گروه شاهد بوده است، به طوری که اکثریت واحدهای پژوهش (۸۰/۵٪ در گروه آزمون) در ۲۴ ساعت اول پس از عمل جراحی مسکن دریافت نکرده اند، در حالی که اغلب واحدهای پژوهش در گروه شاهد (۷۴٪) در زمان مذکور مسکن مخدر دریافت نموده اند.

### بحث:

نتایج به دست آمده نشان می دهد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش را زنان تشکیل می دادند. نتیجه بررسی اولیه پژوهشگران این تحقیق از جنسیت بیمارانی که قبلاً در این مرکز درمانی تحت عمل جراحی قلب قرار گرفته بودند نیز بیانگر کثرت بیماران مؤنث می باشد. همچنین نتایج مبین آن است که اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال قرار داشتند. به نظر می رسد با توجه به انجام اعمال جراحی ترمیمی و دریچه ای در سنین ۲۴-۱۵ سال و انجام CABG در

سنین بالاتر از ۴۵ سال، اقلیت واحدهای مورد پژوهش را گروه سنی ۴۴-۳۵ سال تشکیل داده اند.

نتایج حاصله بیانگر آن است که اغلب بیماران دارای درآمد ماهانه متوسط و کمتر از متوسط بودند و نیز اکثراً تحت پوشش بیمه خدمات درمانی یا تأمین اجتماعی بوده اند. چنین به نظر می رسد که به دلیل پایین بودن استطاعت مالی اغلب واحدهای پژوهش و نیز با عنایت به این که بیمارستان طرف قرارداد با سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی می باشد، اکثریت واحدهای پژوهش را بیمه شدگان تشکیل داده اند.

یافته های این تحقیق نشان دهنده افزایش میانگین میزان اضطراب آشکار و پنهان واحدهای مورد پژوهش در گروه شاهد در روز قبل از عمل نسبت به بدو پذیرش بود. نتایج مطالعه Spielberger و همکاران (۱۹۸۳) هم نشان دهنده وجود تفاوت در میزان اضطراب بیماران در روزهای قبل از عمل بوده است (۱۹). وجود اضطراب در اعمال جراحی از هر نوع غیر قابل انکار است. اضطراب در بیماران جراحی قلب اکثراً ناشی از تغییر فاحش در بیولوژی و تمامیت جسمی، ترس از مرگ، ترس از محیط بخش مراقبتهای ویژه و درد می باشد (۹). هنگامی که سلامتی انسان مورد تهدید قرار می گیرد، خواه این تهدید واقعی یا کاذب باشد، تنیدگی بروز می کند. این تنش در عملکرد فیزیکی و روانی فرد مشخص می شود (۱۷). نتایج تحقیق Lerman (۱۹۹۰) در بیماران مبتلا به سرطان تحت درمان با شیمی درمانی نشان دهنده افزایش میزان اضطراب و افسردگی در گروه کنترل (بدون استفاده از آرامسازی) پس از شیمی درمانی نسبت به قبل از آن می باشد (۱۵).

همچنین یافته های پژوهش نشان دهنده آن بود که میانگین میزان اضطراب آشکار و پنهان واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون در روز قبل از عمل (پس از آرامسازی) نسبت به بدو پذیرش (قبل از آرامسازی) کاهش چشمگیر یافت. نتایج تحقیقات قبل نیز نشان



دهنده آن است که به دنبال آرامسازی میزان اضطراب بیماران مبتلا به سکته قلبی و عمل جراحی کاهش قابل توجهی یافته است (۱۹،۸،۳). آرامسازی تنش عضلانی را کاهش داده، سطح اضطراب را کمتر کرده و با توجه به این مسئله که این دو به صورت یک سیکل عمل می‌کنند، با کاهش یکی اثرات دیگری کاهش می‌یابد (۱). نتایج مطالعه Gift نیز نشان دهنده آن است که پس از آرامسازی اضطراب، تنگی نفس و انسداد راه هوایی بیماران مبتلا به COPD در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش معنی‌داری داشته است (۱۳).

از نتایج تحقیق چنین استنباط می‌شود که بین میزان اضطراب آشکار و پنهان واحدهای مورد پژوهش با مشخصات دموگرافیک و خصوصیات بیماری آنها ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد. شاید اضطراب آشکار بیماران ناشی از حضور آنها در بیمارستان جهت انجام عمل جراحی است. البته به اعتقاد برخی محققین افزایش سن، پایین بودن میزان درآمد و سطح تحصیلات بالا موجب افزایش درجه اضطراب می‌شود (۴).

سایر یافته‌ها مبین آن است که مقادیر علایم حیاتی (میزان فشار خون سیستولیک، فشار خون دیاستولیک، تعداد نبض، تعداد تنفس و میزان درجه حرارت بدن) واحدهای مورد پژوهش در گروه شاهد در روز قبل از عمل نسبت به بدو پذیرش افزایش یافته است، در حالی که مقادیر فوق در گروه آزمون در روز قبل از عمل (پس از آرامسازی) نسبت به بدو پذیرش (قبل از آرامسازی) کاهش یافته است. افزایش میزان علایم حیاتی در واحدهای مورد پژوهش را می‌توان ناشی از تأثیر تشدید

اضطراب روز قبل از عمل دانست. به عقیده Thelan (۱۹۹۰) به دنبال اضطراب علایم حیاتی بیمار افزایش می‌یابد که می‌توان با بکارگیری روشهایی مانند آرامسازی آنرا به حد طبیعی و یا شاید کمتر از آن رساند (۱۱). با عمل آرامسازی نبض کاهش یافته، فشار خون پایین می‌آید، تعداد تنفس کم می‌شود، عروق محیطی گشاد می‌گردد و در نتیجه توجه انسان به محرکات محیطی کم می‌شود (۱۰). نتایج مطالعه Larkin و همکاران (۱۹۹۰) که اثرات آرامسازی را بر بیماران مبتلا به افزایش فشار خون اولیه بررسی کردند، نشان داد کسانی که قبل از آرامسازی دارای میزان اپی نفرین کمتری بودند، اضطراب کمتری را گزارش نموده و فشار خون آنها بعد از آرامسازی کاهش بسیاری یافته بود (۱۴).

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد درصد دریافت داروی مسکن در ۲۴ ساعت اول پس از عمل در گروه شاهد نسبت به گروه آزمون خیلی بیشتر بوده است. بکارگیری آرامسازی پس از عمل جراحی سبب می‌شود تا شخص پس از عمل درد و فشار کمتری احساس نموده و میزان مصرف مخدر نیز کاهش می‌یابد (۱۰). نتایج حاصله اهمیت نقش پرستاران در کاستن اضطراب در بیماران تحت عمل جراحی قلب، با بکارگیری تدابیر مختلف را مشخص می‌نماید.

### تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از مساعدت مدیریت و پرسنل محترم بخشهای جراحی قلب زنان و مردان بیمارستان شهید رجایی تهران که ما را در انجام این طرح یاری دادند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

### منابع:

- ۱- ایلخانی مهناز، عوارض جسمی ناشی از سُرطان. ایلخانی مهناز. روشهای جدید مراقبتی در سرطان. تهران: ۱۳۷۰، ۳۵۱.
- ۲- راس آلن. روانشناسی شخصیت. ترجمه جمالفر سیاوش. تهران: مؤسسه انتشارات بعثت. ۱۳۷۳، ۳۰۰.

- ۳- سلمان قاسم کلثوم. بررسی و مقایسه اضطراب بیمارانی که در بخش مراقبتهای ویژه قلب بستری هستند در روز اول بستری و هنگام مرخص شدن. پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد رشته روانپزشکی تربیتی، انستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۶۱.
- ۴- کلانته جاری مهرداد. آرامسازی بیماران تحت عمل جراحی شکم. فصلنامه دانش و ندرستی، ۱(۱): ۳-۹، ۱۳۷۷.
- ۵- گلدبرگ ریچارد. اضطراب. ترجمه پورافکاری نصرت‌الله، تبریز: تابش، ۱۳۶۹.
- ۶- مهران بهروز. هنجاریابی آزمون اشپیل برگر در شهر مشهد. پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد رشته روانپزشکی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی تهران: ۴، ۱۳۷۳.
- ۷- مورسل آلبرت. تقویت حافظه و مهار اضطراب. ترجمه هوشیار رزم‌آزما. تهران انتشارات آرمان، ۱۷-۱۰۴، ۱۳۶۸.
- 8- Bohachich P. Progressive relaxation training in cardiac rehabilitation: effect on psychologic variables. *Nurs Res*, 33(5): 283-5, 1984.
- 9- Cannobio MM. Surgical and therapeutic procedures. In: Cannobio MM. Cardiovascular disorders: From CV Mosby Company. Missouri: USA, 218-45, 1990.
- 10- Dimotto WJ. Relaxation. *Am J Nurs*, 84(6): 752-8, 1984.
- 11- Evelyn Wassli. Coping alterations. In: Thelan L. Critical care nursing: From CV Mosby Company. St. Luis: USA, 845, 1990.
- 12- Gerdner Linda A.; Buckalter Kathleen C. Music therapy. In: Bulechek G.; McCloskey J. Nursing intervention: From WB Saunders Company. Philadelphia: USA, 454-7, 1997.
- 13- Gift A. Relaxation to reduce dyspnea and anxiety in COPD Patients. *Nursing Research*, 41(4): 242-50, 1992.
- 14- Larkin K.; Knowlton G.; Lessand R. Predicting treatment outcome to progressive relaxation training in essential hypertensive patients. *J Behav Med*, 13(6): 605-18, 1990.
- 15- Lerman C. Effects on coping style and relaxation on cancer chemotherapy side effects and emotional responses. *Cancer Nurs*, 13(5): 308-15, 1990.
- 16- Lorenzi A. Relaxation of episiotomy incisional pain and overall discomfort. *J Adv Nurs*, 16(5): 701-9, 1991.
- 17- Reining Karen M. Preoperative concepts and nursing management. In: Brunner L.; Sudarth D. Textbook of medical surgical nursing: From JB Lippincott Company. Philadelphia: USA, 315, 2000.
- 18- Robinson L. Stress and Anxiety. *Nurs Clin North Am*, 4(24): 935-43, 1990.
- 19- Spielberger CD. Theory and research on anxiety. In: Spielberger CD.; Edwards CD.; Lushene RE.; Monturi J. Manual for the state-trait anxiety inventory (STAI): From Consulting Psychologists Press. California: USA, 4-6, 1983.
- 20- Wells N. The effects of relaxation on post operative muscle tension and pain. *Nurs Res*, 31(4): 236-8, 1982.